

QUALITY FORM	DOCUMENT NO.	TM/HSA/INV/WI-001a
PERMOHONAN BEKALAN DARAH DAN KOMPONEN DARAH		
Transfusion Medicine, Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru	Version number :	3.0
	Page number :	1 of 1
	Date issued :	1 st January 2021

1. Merujuk kepada perbincangan dengan:

Pakar / Pegawai Perubatan :

Tarikh/Masa :

Nombor kod permohonan :

2. Darah/ komponen darah untuk kegunaan:

Simpanan/ Pesakit : *(Sila potong mana yang tidak berkenaan)*

Nama pesakit :

Nombor kad pengenalan :

3. Keperluan darah /komponen yang telah dipersetujui:

BIL	DARAH/KOMPONEN	KUMPULAN DARAH			
		O	A	B	AB
1	Whole Blood				
2	Packed Cells				
3	Leuco-depleted Red Cell				
4	Leuco-depleted Red Cell (Paedibag)				
5	Safe O				
6	Random Platelet Concentrate				
7	Fresh Frozen Plasma				
8	Cryoprecipitate				
9	Lain-lain:				

4. Saya adalah bertanggungjawab sepenuhnya dalam penjagaan kualiti dan keselamatan darah/komponen darah yang diambil.

Darah/komponen yang dipohon akan di ambil oleh:

Nama wakil hospital :

Jawatan :

No telefon :

Permohonan oleh:

*(**Permohonan untuk pesakit hanya boleh dibuat oleh pengamal perubatan berdaftar sahaja)*

Tandatangan:

Nama Penuh Pemohon:

Cop Rasmi Jawatan:

Tarikh dan masa:

**** Sila isi borang dalam 2 salinan. Permohonan yang tidak lengkap, akan ditolak.**